

**ЦЕНТР НАУКОВИХ ПУБЛІКАЦІЙ
ЗБІРНИК НАУКОВИХ ПУБЛІКАЦІЙ
«ВЕЛЕС»**

**ІІІ МІЖНАРОДНА КОНФЕРЕНЦІЯ
«ЗИМОВІ НАУКОВІ ЧИТАННЯ»**

(м. Київ | 31 січня 2018р.)

1 частина

м. Київ – 2018

© Центр наукових публікацій

ЗМІСТ

ГЕОЛОГІЧНІ НАУКИ

| | |
|---|---|
| Курчин Г.С., Лобацевич М.А., Петушкова Т.А., Костылев С.С., Ефремов П.Ю. ВЛИЯНИЕ КРЕПОСТИ ПОРОДЫ НА ГРАНУЛОМЕТРИЧЕСКИЙ СОСТАВ ОТБИВАЕМОЙ ГОРНОЙ МАССЫ..... | 4 |
|---|---|

МЕДИЧНІ НАУКИ

| | |
|---|----|
| Гончарова С.И., Шнайдер Н.А., Элярт В.Ф. ПРОБЛЕМА АГГРАВАЦИИ В НЕВРОЛОГИИ: ПРИЧИНЫ, СИМПТОМЫ, ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ РЕШЕНИЯ..... | 8 |
| Набережная И.Б., Захаров Д.А., Набережная Ж.Б. РЕГИОНАЛЬНЫЙ ОПЫТ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ | 15 |
| Феденко Є.С. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ В СТРУКТУРІ РОЗЛАДУ АДАПТАЦІЇ У ХВОРИХ НА ВІЛ/СНІД В СУЧАСНИХ УМОВАХ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ) | 20 |

ТЕХНІЧНІ НАУКИ

| | |
|---|----|
| Мартинюк Р.Т. ВТРАТИ В ГАЗУ В ГАЗОПРОВОДАХ ТРИВАЛОГО ТЕРМІНУ ЕКСПЛУАТАЦІЇ | 28 |
| Сеидов Ф.И., Алиев Х.С., Оруджев А.О., Джамалов М.А. НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ СТАРЕНИЯ КАБЕЛЕЙ С ПОЛИМЕРНОЙ ИЗОЛЯЦИЕЙ..... | 31 |
| Скакаліна О.В. КОНЦЕПТУАЛЬНА МОДЕЛЬ ПОБУДОВИ ЛОГІСТИЧНОГО МОДУЛЯ ДЛЯ АГРОХОЛДИНГА | 37 |
| Чернова І.В. СТАТИЧНА ЕЛЕКТРИКА ТА МЕТОДИ ЇЇ ЗАПОБІГАННЯ НА НАФТОБАЗАХ..... | 47 |
| Чернова О.Т., Яній Ю.Ю. ПРОБЛЕМИ НАДІЙНОСТІ КРІПЛЕННЯ СВЕРДЛОВИН..... | 56 |

ФІЗИКО-МАТЕМАТИЧНІ НАУКИ

| | |
|---|----|
| Белоусов Ю.В. РАЗУМНОЕ НАЧАЛО БИ-ФОКАЛЬНОЙ, СОЛНЕЧНОЙ СИСТЕМЫ ПЛАНЕТ | 63 |
| Потапенко А.Ю. РАСШИРЕНИЕ КЛАССА КОРРЕКТНЫХ КРАЕВЫХ ЗАДАЧ НА ОБЛАСТИ В РИМАНОВОМ МНОГООБРАЗИИ МЕТОДОМ ДИФФЕОМОРФИЗМОВ | 78 |
| Филатов-Бекман С.А. ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ ЛИНИЯ КОМПЬЮТЕРНО-МУЗЫКАЛЬНОГО МОДЕЛИРОВАНИЯ: НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЧИСЛЕННЫХ ЭКСПЕРИМЕНТОВ (РАЗДЕЛ 7)..... | 88 |

Список литературы

1. Белостоцкий А.В. Опыт становления центра высокотехнологичной медицинской помощи / А.В. Белостоцкий // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2010. - N 6. - С. 34-37.
2. Набережная И.Б., Захаров Д.А., Набережная Ж.Б. Оказание высокотехнологичной медицинской помощи на региональном уровне // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». – 2017. – Том 19. - № 12. – С. 212-213.
3. Перхов В.И. Современные аспекты обеспечения населения РФ высокотехнологичной медицинской помощью / В.И. Перхов // Здравоохранение. - 2010. - N 2. - С. 29-38.
4. Рыбальченко И.Е. Стандартизация организационных схем при оказании высокотехнологичной медицинской помощи (по документам Минздрава России) / И.Е. Рыбальченко // Менеджер здравоохранения. - 2010. - N 7. - С. 34-42.
5. Социологический опрос пациентов, получивших высокотехнологичную медицинскую помощь / И.Б. Набережная, Д.А. Захаров, Ж.Б. Набережная и др. // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». – 2016. – Том 18. - № 3. – С. 56-59.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ В СТРУКТУРІ РОЗЛАДУ АДАПТАЦІЇ У ХВОРИХ НА ВІЛ/СНІД В СУЧАСНИХ УМОВАХ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Феденко Є.С.

*Кандидат медичних наук,
асистент кафедри психіатрії, загальної і медичної психології
ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»*

PECULIARITIES OF MENTAL DISTURBANCES IN THE STRUCTURE OF ADAPTATION DISORDER IN PATIENTS WITH HIV/AIDS IN MODERN CONDITIONS (LITERATURE REVIEW)

Fedenko Ye.

*MD, PhD, assistant professor
of the department of psychiatry, general and medical psychology
SE "Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine"*

Анотація

Проведений аналіз даних вітчизняної і зарубіжної літератури стосовно розповсюдження ВІЛ-інфекції та її негативних медико-соціальних наслідків. Встановлено, що Україна за темпами розповсюдження ВІЛ/СНІДу займає одне з перших місць в Східноєвропейському регіоні. Також визначено, що у більшості хворих з ВІЛ-інфекцією виявляються емоційні порушення різного ступеню вираженості, основу яких складають депресивні розлади. Ці порушення нерідко сприяють підвищенню рівня

суїцидальної готовності вказаних хворих. Крім того, преморбідні особливості особистості мають великий вплив на формування психологічної реакції на хворобу в цілому. Реакція особистості на хворобу багато в чому залежить від таких факторів як вік, попереднє зловживання алкоголем, наркотиками чи їх сурогатами, індивідуальні особливості особистості. У зв'язку з цим, своєчасна діагностика психопатологічних розладів допоможе краще зрозуміти пацієнта, покращить терапію і прогноз основного захворювання, збереже соціальну адаптацію хворого та підвищить якість життя. Таким чином, питання психопатології і корекції суїцидальної поведінки ВІЛ-інфікованих хворих надзвичайно актуальні і потребують найрізноманітніших методичних і організаційних підходів з урахуванням неоднорідності складу даного контингенту.

Abstract

The analysis of the data of domestic and foreign literature on the spread of HIV infection and its negative medical and social consequences has been carried out. It is established that Ukraine is one of the first places in the East European region in terms of the rate of HIV / AIDS transmission. It is also determined that in the majority of patients with HIV-infection emotional disturbances of varying degrees of severity are found, the basis of which are depressive disorders. These violations often contribute to increasing the suicidal readiness of these patients. In addition, premorbid features of personality have a great influence on the formation of a psychological response to the disease as a whole. The person's reaction to the disease largely depends on such factors as age, previous abuse of alcohol, drugs or their surrogates, individual characteristics of the personality. In this regard, timely diagnosis of psychopathological disorders will help to better understand the patient, improve therapy and prognosis of the underlying disease, preserve social adaptation of the patient and improve quality of life. Thus, issues of psychopathology and correction of suicidal behavior in HIV-infected patients are extremely relevant and require a variety of methodological and organizational approaches, taking into account the heterogeneity of the composition of this contingent.

Ключевые слова: ВІЛ-інфекція, емоційні розлади, суїцидальна поведінка, преморбідні особливості особистості, корекція дезадаптації.

Keywords: HIV-infection, emotional disturbances, suicidal behavior, premorbid features of personality, correction of disadaptation

Не викликає сумніву, що саме демографічні показники будь-якої країни характеризують відтворення населення у просторовій та часовій визначеності. Аналіз демографічної ситуації за останні роки переконливо свідчить про наявність в Україні, поряд із соціально-економічними проблемами, глибокої демографічної кризи. Підвищення захворюваності, інвалідності та смертності призводить до прямої втрати трудового потенціалу [1]. ВІЛ-

інфекція в сучасному світі є одним з найбільш тяжких захворювань з вираженими негативними медико-соціальними наслідками [2, 3]. ВІЛ-інфекція представляє реальну загрозу для фізичного існування людини як безпосередньо, так і опосередковано, формує низку економічних, організаційних, медичних (у тому числі психолого-психіатричних і судово-медичних) проблем для самих хворих і суспільства в цілому. Також важливо відзначити, що в Україні статистичні дані щодо захворюваності населення на ВІЛ/СНІД, на превеликий жаль, не відображають фактичні масштаби ураженості населення зазначеним соціально небезпечним захворюванням. Певною мірою, це можна пояснити низькою заінтересованістю населення у власному здоров'ї, недостатньою якістю надання медичної допомоги, низьким контролем з боку держави за станом здоров'я населення та демографічною ситуацією в цілому, що призводить до уникання звернень потенційно хворого за медичною допомогою в лікувально-профілактичні заклади, а це, в свою чергу, викривляє офіційні медичні статистичні показники [1]. Україна за темпами розповсюдження ВІЛ/СНІДу займає одне з перших місць в Східноєвропейському регіоні. Перші випадки ВІЛ-інфікування серед громадян України зареєстровано у 1987 році. Протягом наступних 7 років спостерігалось повільне поширення цього захворювання – 6-40 нових випадків щороку. У 1995 р. ситуація різко погіршилася внаслідок спалаху інфекції серед споживачів ін'єкційних наркотиків (ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України», 2013). Зазначена соціальна група і зараз залишається найбільш вразливим осередком активного поширення ВІЛ. Кумулятивна частина споживачів ін'єкційних наркотиків серед усіх офіційно зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції становить 68%. Збільшується кількість випадків інфікування ВІЛ статевим шляхом (найчастіше гетеросексуальним), що зумовлює збільшення кількості дітей, народжених ВІЛ-позитивними матерями. Співвідношення інфікованих чоловіків і жінок становить 58 і 42% відповідно (ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України», 2013). Найбільш несприятлива ситуація спостерігається в Донецькій області, де поширеність становить 637,4 на 100 тис. населення, у Дніпропетровській (682,8 на 100 тис.) та Одеській (647,0 на 100 тис.) областях [1]. За даними Організації Об'єднаних націй (ООН) та CIA (The World Factbook – Central Intelligence Agency, 2013), епідемія ВІЛ-інфекції в Україні залишається найбільш тяжкою на Європейському континенті, із найвищою поширеністю ВІЛ-інфекції у віковій групі 15–49 років – 1,1%. Загальна оціночна кількість інфікованих людей в Україні перевищує 375 тис. осіб. З 2001 р. щорічна кількість вперше зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції в країні зростає більше ніж у три рази (World Health Organisation, 2013).

Розповсюдження ВІЛ-інфекції призвело до появи в суспільстві вираженого упередження по відношенню до тих, хто заразився [4]. Дані літератури [5, 6, 7] переконливо свідчать про те, що у хворих з ВІЛ-інфекцією виявля-

ються емоційні порушення різного ступеню вираженості, основу яких складають депресивні розлади, що реєструються, за даними K. Lawler і співавт. в 24-38% випадків. Ці порушення нерідко сприяють підвищенню рівня суїцидальної готовності вказаних хворих. Також, за даними цих же дослідників, частота суїцидальної поведінки ВІЛ-інфікованих пацієнтів досягає 9-12% [8]. Наркологічно обтяжений анамнез, як правило, визначає більш високий рівень дезадаптації особистості з різким підсиленням аутоагресивної і суїцидальної налаштованості [9, 10]. Дані, що наводяться у літературі, свідчать про те, що частота виявлення суїцидальних тенденцій у наркозалежних може складати 51%, при цьому частіше реєструються внутрішні форми суїцидальної поведінки [11].

Вочевидь, що ВІЛ-інфекцію можна охарактеризувати як хворобу людської поведінки. В більшості випадків простежуються досить чіткий зв'язок між цим захворюванням і поведінкою [12]. Тому особливості формування особистості ВІЛ-інфікованих необхідно розглядати в рамках соціалізації через призму суспільних властивостей, що включають в себе вибір життєвих шляхів, встановленні соціальних зв'язків, формуванні самосвідомості, реадaptaції в соціальне середовище.

Ефективне лікування й профілактика дезадаптаційних порушень, які проявляються у вигляді граничних психічних захворювань, у класичному розумінні цього терміна є важливою проблемою у зв'язку з високою частотою хронічного перебігу, збільшенням захворюваності й поширеності цієї патології. Збільшення частоти виникнення захворювань, що належать до групи психосоматичних розладів, підкреслює необхідність розуміння та дослідження ролі психосоціальних чинників у виникненні й перебігу соматичних, у тому числі інфекційних, хвороб, а також їх діагностики, лікування і профілактики [13].

Потрібно зауважити, що преморбідні особливості особистості мають великий вплив на формування психологічної реакції на хворобу в цілому. Так гармонійні особистості, стійкі до психотравмуючих факторів, як правило, адекватно реагують і на хворобу, а ті, у кого важкі життєві обставини завжди викликали невротичну реакцію, схоже реагують на виникнення захворювання.

Більш того, від преморбідних особливостей особистості залежить і характер невротичної реакції на соматичну патологію. Наприклад, у осіб з тривожними рисами звичайно виникає іпохондрична реакція. Особи з психастенічними рисами схильні до гіпотимії, песимістичним оцінкам перспективи. У пацієнтів з демонстративними рисами характеру частіше за все відмічається істерична реакція на захворювання [14].

В той же час, сам факт наявності ВІЛ-інфекції викликає у будь-якої людини внутрішній конфлікт, що провокує депресію, емоційну нестійкість, приховану чи явну агресію. Реакція особистості на хворобу багато в чому залежить від таких факторів як вік, попереднє зловживання алкоголем,

наркотиками чи їх сурогатами, індивідуальні особливості особистості. Можливі наступні найбільш типові реакції [15].

1. *Заперечення*. Часто люди заперечують факт власного інфікування, що може мати двояке значення. Так, початкове заперечення може бути корисним, так як на деякий час воно здатне ослабити стрес. Однак його продовження може утруднити адаптацію до нових життєвих умов, які необхідні, щоб впоратися з ВІЛ-інфекцією, запобігти їй подальше розповсюдження, усвідомити ту соціальну відповідальність, яка накладається на інфікованого.

2. *Озлобленість*. Поведінка таких людей може стати руйнівною, ВІЛ-інфіковані можуть нанести шкоду собі й іншим. По мірі прогресування захворювання людина може стати нездатною до роботи, але при цьому почувати себе задовільно. Озлобленість проявляється роздратованістю з приводу незначних подій, може виражатися в ідеях самозвинувачення, приймають форму суїцидальної поведінки.

3. *Суїцидальні ідеї й спроби*. У ВІЛ-інфікованих значно підвищується ризик суїцида. Самоубийство может быть как активным (намеренное самоповреждение, влекущее за собой смерть), так и пассивным (само-разрушающее поведение, сокрытие серьезных осложнений).

4. *Страх*. Найбільш часто зустрічається страх смерті. Також можуть бути наступні страхи: бути покинутим чи знехтуваним, залишити родину без підтримки, страх каліцтва, втрати тілесних чи розумових здібностей, втрати конфіденційності. Страх часто базується на досвіді других.

5. *Занепокоєння*. Занепокоєння майже завжди бути присутнім у житті ВІЛ-інфікованого, відображаючи хронічну невизначеність, пов'язану з захворюванням. Воно може бути викликано збільшеним ризиком зараження іншими захворюваннями, погіршенням здатності до ефективної діяльності, втратою фізичної і фінансової незалежності.

Необхідно також відмітити, що в суспільстві залишається в більшій мірі негативне, нетерпиме ставлення до ВІЛ-позитивних громадян, викликане слабкою і однобічною обізнаністю більшістю населення, що сформована часто некоректним поданням фактів засобами масової інформації. Суспільство уявляє ВІЛ-інфікованих як соціально інших, як тих що практикують маргінальні форми соціальної поведінки – вживання наркотиків і сексуальну розбещеність, що часто небезпідставне [16]. У зв'язку з цим, відбувається формування реакції відторгнення від суспільства, що частіше всього проявляється агресивною поведінкою, бажанням помститися, страхом за своє життя, і іноді закінчується здійсненням злочинів чи суїцидами.

Як правило, реакції на зараження вірусом виражаються у формі наступних поведінкових стереотипів [15]:

1. Байдуже ставлення до всього, оскільки жити залишилось недовго.

2. Необхідність прожити життя, що залишилося, з користю для себе й близьких.

Необхідно відмітити, що в початковий період захворювання через першу стратегію проходить переважаюча більшість інфікованих. Однак в подальшому частина хворих вибирає другий поведінковий стереотип і починає уважно відноситись до свого здоров'я, притримуватися дієти, своєчасно приймати ліки. Разом з тим, близько 68% хворих дотримуються першого варіанту, тобто вибирають стиль життя, який сприяє фізичному й соціальному саморуйнуванню. Особливо розповсюдженя дана стратегія серед тих, хто до зараження ВІЛ належав до маргінальних верств суспільства, наприклад, тих, хто практикує внутрішньовенне введення наркотиків. В цьому випадку ВІЛ-діагноз служить виправданням неспроможності припинити вживання наркотиків.

Вочевидь, що серед інших захворювань ВІЛ-інфекція займає особливе значення як за впливом на окрему людину, так і в цілому на суспільство [15]. Однак, незважаючи на те, що психологічні фактори є вкрай важливими показниками й впливають на інтегральну оцінку здоров'я, в тому числі специфічних контингентів [17], до теперішнього часу питання соціально-психологічної адаптації ВІЛ-інфікованих вельми обмежено розглядалися літератури. Важливо зауважити, в літературі недостатньо повно розроблені як організаційні, так і методичні підходи до надання психотерапевтичної та психіатричної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим. Неоднорідний склад цієї категорії пацієнтів потребує різних рівнів і методів підтримки.

Не викликає сумніву, що своєчасна діагностика психопатологічних розладів допоможе краще зрозуміти пацієнта, покращить терапію і прогноз основного захворювання, збереже соціальну адаптацію хворого та підвищить якість життя [18, 19]. Актуальною при вирішенні питань організації необхідної медичної допомоги хворим із стресовими розладами вважається проблема ідентифікації стрес-чинників. Виділення найбільш патогенних факторів, які з великою ймовірністю здатні викликати психічні порушення визначає групу первинних стрес-чинників, які необхідно подолати (або зменшити їх вплив) в першу чергу [20].

Особливості системи охорони здоров'я в Україні в сучасних умовах вимагають розробки системної біопсихосоціальної моделі надання допомоги. Надання кваліфікованої медичної допомоги ВІЛ-інфікованим хворим має бути комплексним, містити медико-соціальну та клінічну складові. Клінічні програми лікування на індивідуальному та мікросоціальному рівні повинні передбачати оцінку чинників ризику, відбір пацієнтів для подальшої інтервенції, а також лікувальну підтримку [21, 22].

Таким чином, узагальнюючи приведені в огляді дані можна зробити висновок про те, що питання психопатології і корекції суїцидальної поведінки ВІЛ-інфікованих хворих надзвичайно актуальні і потребують найрізноманітніших методичних і організаційних підходів з урахуванням неоднорідності складу даного контингенту, а знання особливостей психічної діяльності таких хворих (як преморбідних, так і тих, що розвинулися на тлі прогресування захворювання) дозволяє індивідуалізувати лікувально-

реабілітаційний процес, підвищити його ефективність, сприяти підтримці працездатності хворих і покращенню якості їх життя, що є дуже важливим для медичних психологів і психіатрів, а також для практикуючих інфекціоністів.

Література

1. Ковальчук А.Ю. Характеристика соціально-демографічної ситуації та соціально значущих захворювань в Україні / А.Ю. Ковальчук // Український медичний часопис. – 2014. - № 1(99). – С. 29-33.
2. Корецкая Н.М. Выявление и характеристика туберкулеза органов дыхания у больных ВИЧ-инфекцией / Н.М. Корецкая, А.Н. Наркевич // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – № 1. – С. 52-53.
3. Чухрова М.Г. Анализ условий смертности от внешних причин / М.Г. Чухрова, Т.Г. Опенко // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 26-27.
4. Stenbacka M. Mortality and cause of death among 1705 illicit drug users: a 37 year follow up / M. Stenbacka, A. Leifman, A. Romelsjo // Drug and alcohol rev. – 2010. – Vol. 29, № 1. – P. 21-27.
5. Martin L. Lifetime and HIV-related PTSD among persons recently diagnosed with HIV / L. Martin, A. Kagee // AIDS and Behavior. – 2011. – Vol. 15, № 1. – P. 125-131.
6. Юшкова О.В. К вопросу о суицидальной активности больных ВИЧ-инфекцией / О.В. Юшкова // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – №2(45), Т.9. – С. 41-43.
7. Юшкова О.В. Психические нарушения при синдроме приобретенного иммунодефицита: клинический случай / О.В. Юшкова // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 5. – С. 45-48.
8. Lawler K. Depression among HIV-positive individuals in Botswana: a behavioral surveillance / K. Lawler, M. Mosepele, E. Seloilwe et al. // AIDS and Behavior. – 2011. – Vol. 15, № 1. – P. 204-208.
9. Гильбурд О.А. Полинаркотоксикомания как фактор суицидального риска / О.А. Гильбурд, Е.А. Глотова // Суицидология. – 2011. – № 2. – С. 43-44.
10. Пронин С.В. Особенности аутоагрессивного поведения у опийных аддиктов / С.В. Пронин, Т.С. Баданова, Д.А. Карпачев, В.С. Пронин // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 41-42.
11. Зотов П.Б. Клинические формы и динамика суицидального поведения / П.Б. Зотов, С.М. Уманский // Суицидология. – 2011. – № 1. – С. 3-7.
12. Воронин Р.М. Уголовно-исполнительная характеристика ВИЧ-инфицированных осужденных женщин / Р.М. Воронин, А.В. Датий, Р.Ш. Юсуфов // Уголовно-исполнительное право. - 2012. – № 2. – С. 79-80.
13. Психіатрія і наркологія [Підручник] / В.Л. Гавенко, В.С. Бітенський, В.А.Абрамов та інші. // за ред. В.Л. Гавенка, В.С. Бітенського. – К.: Медицина, 2009. – 488 с.

14. Карвасарский Б.Д. Неврозы: руководство для врачей / Б.Д. Карвасарский. – М.: Медицина, 1980. – 448с.
15. Воронин Р.М. Психологические особенности ВИЧ-инфицированных осужденных / Р.М. Воронин // Электронный научный журнал «Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие». – 2014. – № 3(6). – С. 68-75.
16. Воронин Р.М., Датий А.В., Трубецкой В.Ф. Некоторые характеристики осужденных, больных наркоманией / Р.М. Воронин, А.В. Датий, В.Ф. Трубецкой // Человек: преступление и наказание. – 2012. – № 3. – С. 118-121.
17. Лапкин М.М., Воронин Р.М. Индивидуальное здоровье: теоретические и прикладные аспекты его оценки // Врач-аспирант. 2011. – Т. 46., № 3.1. – С. 180-185.
18. Beutel M.E. Comorbid psychological disorders in patients with chronic somatic disease / M.E. Beutel, H. Schulz // Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz. – 2011. – Vol. 54, N 1. – P. 15-21.
19. Wise T.N. Psychosomatic medicine in the 21st century: understanding mechanisms and barriers to utilization / T.N. Wise, R. Balon // Adv. Psychosom. Med. – 2015. - Vol. 34. - P. 1-9.
20. Евсегнеев Р.А. Патологическая тревога: что изменилось за последние три десятилетия / Р.А. Евсегнеев // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2016. – №3. – С. 365-376.
21. Корнацький В.М. Вплив стресу на розвиток і перебіг захворювань / В.М. Корнацький, Л.О. Дяченко, В.М. Михальчук // Світ медицини та біології. – 2017. – №1(59) – С.194-202.
22. Чабан, О.С. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування) / О.С. Чабан, О.О. Хаустова. – К.: ТОВ «ДСГ Лтд», 2004. – 96с.